



**SORAIA FILIPA
MORAIS COELHO**

**DESENVOLVIMENTO DO QUESTIONÁRIO
DE ATITUDES DE PERMISSIVIDADE E
INCOMPREENSIBILIDADE FACE AO
SUICÍDIO (QAPIS)**



**SORAIA FILIPA
MORAIS COELHO**

**DESENVOLVIMENTO DO QUESTIONÁRIO
DE ATITUDES DE PERMISSIVIDADE E
INCOMPREENSIBILIDADE FACE AO
SUICÍDIO (QAPIS)**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica, realizada sob a orientação científica da Doutora Catarina Rosa, Bolseira de Pós-Doutoramento em Psicologia do Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro e coorientação do Professor Doutor Carlos Fernandes, Professor Catedrático do Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro.

O júri

Presidente

Prof. Doutora Isabel Santos

Professora Auxiliar do Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro

Prof. Doutora Maria de Fátima de Jesus Simões

Professora associada com agregação do Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior

Doutora Catarina Rosa

bolseira de pós-doutoramento em Psicologia no Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro

Agradecimentos

Gostaria de agradecer a todos aqueles que estiveram presentes e me acompanharam ao longo deste percurso.

À Doutora Catarina Rosa, pela sua orientação, pelos seus conhecimentos transmitidos, atenção, compreensão e apoio ao longo desta etapa. Agradeço sobretudo, pela disponibilidade, suporte e incentivo. É fonte de inspiração. Obrigada!

Ao Dr. Pedro Bem-Haja, pela disponibilidade, interesse e conhecimentos transmitidos.

Ao Professor Doutor Carlos Fernandes, pela orientação prestada nesta etapa.

À minha família por todo o apoio e carinho. Um agradecimento muito especial à minha mãe e ao Luís por todo o amor, esforço, paciência e incentivo.

À Casa de Repouso Dr. António Breda e Lea Breda, pela possibilidade e disponibilidade para a recolha de dados.

Um muito obrigada a todos aqueles que me motivaram e apoiaram durante a execução deste projeto!

Palavras-chave suicídio, atitudes de permissividade e de incompreensibilidade face ao suicídio, religião e tentativa de suicídio

Resumo A organização Mundial de Saúde estima que anualmente o suicídio seja a principal causa pela perda de um milhão de vidas, sendo apontado como a décima causa de morte a nível mundial. Em Portugal, o Instituto Nacional de Estatística aponta o suicídio como sendo a causa de morte não-natural mais frequente. Para aprofundar a compreensão do comportamento suicidário numa perspetiva sociocultural, nomeadamente no que se refere às atitudes perante o suicídio, este estudo pretendeu construir e validar para a população portuguesa um questionário que permite avaliar as atitudes de permissividade e de incompreensibilidade – Questionário de Atitude de Permissividade e Incompreensibilidade face ao Suicídio (QAPIS). Numa amostra de 472 participantes foram encontradas diferenças significativas nos dois tipos de atitudes avaliados pelos QAPIS entre indivíduos religiosos e não religiosos e entre indivíduos que já fizeram ou que nunca fizeram uma tentativa de suicídio.

Keywords suicide, attitudes of permissiveness and incomprehensibility towards suicide, religion and suicide attempt

Abstract The World Health Organization currently estimates that suicide is the leading cause for the loss of a million lives, being appointed as the tenth leading cause of death worldwide. In Portugal, the National Statistics Institute points out suicide as most frequent non-natural cause of death. To deepen our understanding of suicidal behavior from a sociocultural perspective, particularly as regards attitudes towards suicide, this study aimed to construct and validate to the Portuguese population a questionnaire designed to measure the attitudes of permissiveness and incomprehensibility - Questionário de Atitude de Permissividade e Incompreensibilidade face ao Suicídio (QAPIS). In a sample of 472 participants, we found significant differences between religious and nonreligious individuals, and between individuals who have done or never made a suicide attempt in the two types of attitudes measured with QAPIS.

Índice

Introdução.....	10
Capítulo I: Enquadramento teórico	10
Definições: Suicídio e tentativa de suicídio	10
Perspetiva sociocultural do suicídio: Atitudes de permissividade e incompreensibilidade perante o suicídio	12
Capítulo II. Estudo Empírico.....	15
Metodologia	15
Participantes	15
Instrumentos	15
Procedimentos.....	17
Resultados.....	18
Discussão	23
Referências bibliográficas.....	27
Anexos	30

Índice de Quadros

Quadro 1 - Características sociodemográficas dos participantes.....	15
Quadro 2 – Itens e consistência interna dos fatores “Suicídio como um direito” e “Incompreensibilidade” da versão traduzida e adaptada do Attitudes Towards Suicide Questionnaire	18
Quadro 3 - Correlação de Pearson entre os dois fatores do QAPIS e as subescalas Crenças de Sobrevivência e Mecanismos de Adaptação e Objeções Morais do IRV.....	21
Quadro 4 – Comparação de subconjuntos das variáveis sociodemográficas sexo, idade, religião, tentativa de suicídio e contacto com suicídio nas dimensões do QAPIS	22

Índice de Figuras

Figura 1 – Modelo de Análise Fatorial Confirmatória do QAPIS	20
--	----

Introdução

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2000), o suicídio vitima cerca de um milhão de pessoas no mundo por ano. Em Portugal, Itália, Espanha, Reino Unido, os coeficientes de mortalidade por suicídio representam cerca de 10 por 100 mil habitantes. A distribuição das taxas de suicídio por idade e por sexo tende a variar de acordo com o nível de desenvolvimento económico do país (Girard, 1993). Os números de suicídio no século XXI em Portugal duplicaram, de forma alarmante, em relação à década de 90. Atualmente, é estimado que ocorram sensivelmente 1000 suicídios por ano, sendo que, em termos estatísticos, o Alentejo, o Algarve e a grande Lisboa revelam valores mais elevados (Botega, Barros, Oliveira, Dalgalarrrondo, Marín-Leon, 2005). Os registos dos serviços de urgência apontam para cerca de 20 a 30 mil casos de comportamentos suicidários por ano (Botega, Barros, Oliveira, Dalgalarrrondo, & Marín-Leon, 2005; Freitas, 2002). O fenómeno do suicídio tem despertado o interesse da comunidade científica, conforme o demonstra a grande quantidade de estudos publicados sobre esta temática que partilham o objetivo de contribuir para o desenvolvimento de estratégias mais eficazes de previsão, prevenção e intervenção. A perspetiva sociocultural do suicídio tem uma longa tradição, mas tem existido uma discrepância entre o seu desenvolvimento do ponto de vista teórico e empírico. Com o objetivo de contribuir para colmatar esta lacuna, partimos deste enquadramento teórico para desenvolver um instrumento que permitirá aprofundar a compreensão das atitudes face ao suicídio.

Capítulo I: Enquadramento teórico

Definições: Suicídio e tentativa de suicídio

Para a OMS (2000), a violência autodirigida pode manifestar-se de duas formas: a) no comportamento suicida, ou seja, no suicídio propriamente dito e na tentativa de suicídio (Bertolote, Mello-Santos, Botega, 2010) ou b) por meio de atos violentos provocados contra a própria pessoa, como é o caso das automutilações (Saz & Dewey, 2001). O suicídio é um óbito que resulta de uma ação ou omissão iniciada com a intenção de causar a morte e com a expectativa desse desfecho (Bertolote, Mello-Santos, & Botega, 2010). Descreve uma situação em que o sujeito opta por pôr um fim à

própria vida, tentando deste modo livrar-se de uma condição de dor psíquica insuportável (Kaplan, Adanek, & Martin, 2001; Schmitt., 2001). O termo suicídio é aplicado nos casos de morte que seja resultante direta ou indiretamente de um ato da própria vítima com conhecimento de que esse determinado ato produzirá tal resultado (Collett, Ohan, & Myers, 2003; Kaplan, Adanek, & Martin, 2001). Trata-se de uma morte intencional autoinfligida, uma forma de escape a um problema ou crise que causa imenso sofrimento, associada a uma necessidade não satisfeita, um sentimento de desespero, conflito ambivalente entre a sobrevivência e um stress insuportável, um estreitamento entre a opção percebida e a necessidade de fuga (Kaplan, Adanek & Martin, 2001). Este ato tem repercussões relevantes em todos os contextos relacionais que envolvem quem o comete, desde o familiar até ao contexto social, incluindo os profissionais de saúde. No nosso país, entre os anos 1980 e 2000, apesar de se ter verificado um aumento no número de suicídios em idosos, constata-se que é a população mais jovem que tem colocado cada vez mais fim à sua vida, particularmente, na faixa etária dos 15 aos 24 anos (Mitchell, Garand, Dean, Panzank, & Taylor, 2005). Pesquisas realizadas com adolescentes e jovens adultos apontam os acontecimentos de vida negativos e a ausência de apoio social como dois dos principais fatores de risco para as tentativas de suicídio (Beevers & Miller, 2004; Lopes, Barreira & Pires, 2001).

A OMS (2000) define a tentativa de suicídio como o comportamento suicida não fatal que consiste em atos que não resultam em morte. Estes gestos surgem como uma estratégia para resolução de um problema, como a última alternativa após terem sido esgotadas todas as outras possibilidades para o indivíduo (Desviat, 1999; Rapeli & Botega, 1998, 2003). Estima-se que para cada caso de suicídio existam pelo menos dez tentativas de gravidade suficiente para requerer cuidados médicos, e que as tentativas de suicídio sejam até quarenta vezes mais frequentes do que os suicídios consumados (Mello-Santos, Wang & Bertolote, 2005). Por cada tentativa documentada existem outras quatro que não são registradas (Schmitt, Lang, Quevedo, & Colombo, 2008). Estima-se que entre 1% a 5% das pessoas poderão tentar suicídio em algum momento da sua vida. Nos adolescentes, essa estatística pode variar de 3% a 20%. Na Europa, observaram-se taxas médias de 160 tentativas por 100 mil homens e de mais de 200 tentativas por 100 mil mulheres (Volpe, Corrêa, & Barrero, 2006). Ao comparar jovens sem história de tentativa de suicídio anterior com jovens que haviam tentado o suicídio,

Cassorla (1984) observou maior frequência de desemprego, de migrações e de problemas na escola, no grupo que havia tentado o suicídio.

Perspetiva sociocultural do suicídio: Atitudes de permissividade e incompreensibilidade perante o suicídio

Na Antiguidade Clássica, na Grécia e Roma, o suicídio era proibido e considerado como uma injustiça para a comunidade. No entanto, um indivíduo que se quisesse suicidar tinha de apresentar um pedido às autoridades, ou seja, ao Senado, a explicar os seus motivos. Se o pedido fosse aceite, o suicídio era considerado legítimo (Durkheim, 1999). Pitágoras, no século VI a.C., rejeitou o suicídio com a seguinte justificação — “somos os bens de Deus... e que sem a sua ordem não temos o direito de efetuar a fuga”. Platão também o rejeitou pois — “o homem é um soldado de Deus e tem de permanecer no seu posto até que ele o chame”. Segundo ele, não se devia antecipar a morte, só se devia aceitar quando ela chegasse. Aristóteles rejeitou o suicídio com base nos fundamentos cívicos de que o homem tem um dever para com o Estado. No entanto, os três filósofos aceitavam-no em casos de doença incurável. (Minois, 1999; Tondo, 2000).

De um problema individual a um problema social, de um ato consciente a desvio psíquico, de uma ação pecaminosa a um ato corajoso, foram várias as posições tomadas face a esta realidade (Campos & Leite, 2002). Segundo Rodrigues (2009) a perspetiva sociológica do suicídio desenvolve-se a partir de Durkheim. A análise que este autor nos oferece do suicídio, não como um facto psicológico individual, mas como um facto social, traduz a sua procura para delimitar a sociologia como um campo científico autónomo e a sua posição em relação às orientações positivistas (Rodrigues, 2009). Encarar o suicídio como um fenómeno social, é “contribuir para a erradicação da ideia vulgar, pertinazmente conservada, de ser o suicídio um ato cujas causas se hão de achar exclusivamente no foro individual” (Freitas, 1982, p. 267). Ignorar o contexto social do suicídio é perder a transgressão, feita pelo indivíduo, da norma que proíbe a autodestruição (Freitas, 1982). Quaisquer que sejam as representações sociais que se lhe associem e o contexto social em que ocorra, os gestos suicidas revelam um fracasso do indivíduo, veiculando um insustentável sofrimento e desespero (Sampaio, 1991). Segundo Durkheim (1897), temos de considerar dois elementos quando falamos em

suicídio: o nível de integração social, que se refere ao facto de as pessoas estarem, ou não, integradas em redes sociais e o nível de regulação social, que diz respeito aos desejos e emoções das pessoas que acabam por ser regulados por normas e costumes partilhados socialmente.

Um conjunto considerável de autores tem vindo a defender a necessidade de, paralelamente às teorias exclusivamente psicológicas ou sociais, considerar uma visão cultural que acaba por acrescentar novas dimensões de análise (Banza, 2012). A cultura diz respeito às crenças, atitudes, valores, tradições e normas e padrões de comportamento. O(s) significado(s) do suicídio apresenta(m) especificidades em cada cultura, acabando por moldar a forma como este fenómeno é representado. tendo assim um papel na sua etiologia. Os valores, que internalizamos no processo de aculturação, vão influenciar a forma como pensamos, sentimos e agimos. Assim, as nossas atitudes são, muitas vezes, o resultado de imagens e experiências aprendidas de modelos sociais ou de pessoas com as quais nos identificamos. Portanto, os valores da nossa cultura também têm o seu papel na nossa conduta. No entanto, ainda pouco se tem estudado sobre a relação entre as atitudes perante o suicídio e o ato em si. Kim e Parkhas (2014) realizaram um estudo para comparar as atitudes face ao suicídio em 377 estudantes da Coreia do Sul e dos EUA, uma vez que a taxa de suicídio nas últimas décadas tem aumento na Coreia e tem-se mantido nos EUA. Os resultados obtidos indicaram que os estudantes na Coreia do Sul relataram atitudes mais permissivas face ao suicídio. Num estudo realizado por Arnautovska e Grad (2010) com uma amostra de 423 estudantes do ensino secundário, as raparigas revelaram atitudes mais permissivas face ao suicídio do que os rapazes e esta atitude de permissividade estava positivamente associada a um conjunto de fatores de risco.

A dinâmica entre variáveis pessoais e culturais é determinante do comportamento de suicídio de duas formas. Por um lado, os valores culturais têm um papel importante nas alternativas que os indivíduos consideram quando encontram a viver uma crise pessoal – assim, o suicídio pode surgir como uma opção entre outras que são trazidas à consciência. Por exemplo, em contextos culturais, nos quais o suicídio é associado a atitudes permissivas e liberais, um indivíduo que achesse um momento de crise mais facilmente irá conceber a ideia de se suicidar. Por outro lado, os valores culturais também moldam as atitudes sociais face ao suicídio. Em contextos

culturais onde os sujeitos que tentam o suicídio enfrentam estigma e atitudes sociais de rejeição, isso pode impedir que obtenham a ajuda que estão a pedir.

Dada a relevância de desenvolver estudos sobre as atitudes face ao suicídio, com o intuito de aumentar, primeiramente, a nossa compreensão sobre o fenómeno do suicídio e, seguidamente, a eficácia preventiva em relação aos comportamentos suicidários, torna-se imperativo existirem instrumentos que permitam medir essas mesmas atitudes. Numa revisão sistemática de 2210 artigos publicados sobre estudos de desenvolvimento e validação de escalas para medir atitudes multidimensionais face ao suicídio e temáticas relacionadas, Kodaka, Postuvan, Inagaki e Yamada (2010) destacaram o Attitudes Towards Suicide Questionnaire (ATTS; Renberg & Jacobsson, 2003) como sendo uma escala com boa validade e confiabilidade. No estudo de desenvolvimento da última versão deste questionário, o conjunto diferenciado de atitudes face ao suicídio avaliado organizou-se em 10 dimensões que explicaram 60% da variância total: 1) suicídio como direito; 2) incompreensibilidade; 3) não comunicação; 4) prevenção; 5) tema tabu; 6) normal / comum; 7) processo suicida; 8) causa relacional; 9) preparação para prevenir e 10) resignação.

O presente estudo enquadra-se numa linha de investigação sociocultural sobre o suicídio que tem vindo a ser desenvolvida na universidade de Aveiro e pretende construir e validar para a população portuguesa um questionário que permita avaliar as atitudes de permissividade e de incompreensibilidade face ao suicídio. Como objetivos específicos podemos destacar:

- 1) Construir e validar o Questionário de Atitudes de Permissividade e Incompreensibilidade face ao Suicídio (QAPIS) para a população portuguesa.
- 2) Verificar se as variáveis sexo, idade, religião, tentativa de suicídio e contacto com o suicídio na família e/ou rede social têm impacto nas atitudes de permissividade e incompreensibilidade face ao suicídio medidas pelo QAPIS.

Capítulo II. Estudo Empírico

Metodologia

Participantes

A amostra foi obtida de forma não probabilística, casual ou de conveniência, ou seja, os participantes foram selecionados em função da sua disponibilidade para participar no estudo. Qualquer pessoa Portuguesa, a partir dos 18 anos poderia integrar esta amostra. É constituída por 472 participantes, 72 do sexo masculino e 400 do sexo feminino, com idades compreendidas entre 18 e 60 ($M = 29.72$; $DP = 9.43$). No quadro 1 apresentam-se as características demográficas dos participantes.

Quadro 1 - Características sociodemográficas dos participantes

		N	%
Sexo	Feminino	400	84.75
	Masculino	72	15.25
Idade	18-30	300	63.56
	31-50	151	31.99
	51-60	21	4.45
Religião	Religioso	265	56.14
	Não Religioso	207	43.86
Tentativa de Suicídio ao longo da Vida	Fez Tentativa	61	12.92
	Não fez Tentativa	411	87.08
Contacto com Tentativa e/ou Suicídio na Família ou Rede Social	Teve Contacto	323	68.43
	Não teve Contacto	149	31.57

Instrumentos

O instrumento de recolha de dados (Anexo 1) incluiu os seguintes elementos: a) consentimento informado; b) questionário de atitudes face ao suicídio – versão traduzida e adaptada do ATTS; c) inventário de razões para viver e d) questões adicionais relativamente ao contacto com o suicídio, dados demográficos e religião.

Questionário de Atitudes face ao Suicídio – versão traduzida e adaptada do ATTS

O ATTS (Renberg & Jacobsson, 2003) foi traduzido e adaptado para a população portuguesa através da metodologia tradução/retroversão (autorização apresentado em anexo). Na fase de tradução pretendeu-se obter uma versão em português, linguisticamente correta e equivalente à versão original. O processo de tradução dos itens para uma primeira versão em português foi realizado por um investigador com domínio nos dois idiomas. Seguidamente, foi realizada uma reunião com um grupo de especialistas em Psicologia para avaliar a adequabilidade das questões para a população portuguesa. Posteriormente, os itens foram traduzidos de volta para a língua de origem por um professor e tradutor bilingue para comparar a tradução com o questionário original e verificar se o significado das questões se mantinha, com destaque para o significado conotativo dos itens. Daqui resultou a versão final do “Questionário de Atitudes face ao Suicídio”.

O questionário ficou constituído por 37 itens que avaliam um conjunto diferenciado de dez atitudes face ao suicídio, tal como referimos anteriormente. Deste conjunto destacamos, pela sua relevância para o presente estudo “o suicídio como um direito” (itens 34, 5, 20, 32, 36 e 29) e “incompreensibilidade” (itens 2, 3, 19 e 27). Para cada item o sujeito tem de responder numa escala tipo Likert de 5 pontos (1 – concordo fortemente; 2 – concordo; 3 – não concordo nem discordo; 4 – discordo e 5 – discordo fortemente). A pontuação é feita através do cálculo da soma das respostas, obtendo-se um índice para cada dimensão atitudinal e um índice para o instrumento total. Na versão original (Renberg & Jacobsson, 2003), a consistência interna do total do instrumento foi de .60 e a consistência interna destes dois fatores específicos foi elevada ($\alpha > .70$).

Inventário de Razões para Viver.

Foi aplicada a versão portuguesa do Reasons for Living Inventory – Inventário de Razões para Viver (IRV; Matias & Santos, 2014; autorização em anexo), que se baseia no facto de que a crença em algo significativo para viver (crenças de sobrevivência e mecanismos de adaptação, preocupações relacionadas com os filhos, medo do suicídio e da desaprovação social, responsabilidades para com a família e objeções morais), independentemente da sua forma, e as expectativas, são significativos

para a não adoção de comportamentos suicidários. Este questionário é constituído por 48 itens e pode ser visto como uma medida do comprometimento de um indivíduo com várias razões para não cometer suicídio, caso tenha essa vontade. Os 48 itens são avaliados através de uma escala tipo Likert de 6 pontos (1 – irrelevante; 2 – sem importância; 3 - muito pouco importante; 4 – pouco importante; 5 – muito importante e 6 - extremamente importante), avaliando as diferentes crenças relacionadas com as razões para não cometer o suicídio, caso o pensamento ocorra. No que concerne à estrutura, o IRV tem cinco subescalas: Crenças de Sobrevivência e Mecanismos de Adaptação, Responsabilidade para com a Família, Preocupações relacionadas com os Filhos, Medo do Suicídio e da Desaprovação Social e Objeções Morais. O IRV revelou uma boa consistência interna para cada dimensão, variando o valor de alpha de Cronbach entre 0.82 e 0.95 e sendo de 0.94 para o valor global da escala. A pontuação do IRV varia entre 48 e 288, apresentando uma pontuação média de 168.

Procedimentos.

Recolha de dados.

A recolha de dados decorreu entre Fevereiro de 2016 e Abril de 2016 e consistiu na aplicação do instrumento de recolha de dados, que foi divulgado via internet e também distribuído em versão papel pela autora desta tese. Será importante destacar, que os procedimentos da recolha de dados atenderam aos princípios éticos referentes à pesquisa com seres humanos.

Análise de dados.

A construção e validação do QAPIS para a população portuguesa foi desenvolvida através do seguinte procedimento: a) análise da fiabilidade de constructo (consistência interna através do Alpha de Cronbach) dos fatores “suicídio como um direito” e “incompreensibilidade” da versão traduzida e adaptada do ATTS para a nossa amostra, que correspondem às duas dimensões que pretendemos avaliar com o QAPIS - permissividade e incompreensibilidade face ao suicídio; b) avaliação da validade de constructo do QAPIS através de uma análise fatorial confirmatória e c) avaliação da validade de critério do QAPIS através da correlação com as subescalas Crenças de Sobrevivência e Mecanismos de Adaptação e Objeções Morais do IRV. Os dados foram tratados com recurso aos programas estatísticos SPSS 21.0 e AMOS.

Para analisar as diferenças nas duas dimensões do QAPIS em vários subconjuntos da amostra (sexo, idade, religião, tentativa de suicídio e contacto com suicídio na família ou rede social) foram utilizados testes t.

Resultados

Construção e validação do QAPIS para a população portuguesa

Primeiramente, fomos analisar a fiabilidade dos fatores “suicídio como um direito” e “incompreensibilidade” da versão traduzida e adaptada do ATTS para a nossa amostra, uma vez que são estes dois fatores que permitem medir as atitudes de permissividade e de incompreensibilidade face ao suicídio com as quais pretendíamos construir o QAPIS. Deste modo, agrupámos em cada fator os itens que foram incluídos nesse fator na análise fatorial exploratória do instrumento original (Quadro 2).

Quadro 2 – Itens e consistência interna dos fatores “Suicídio como um direito” e “Incompreensibilidade” do QAFS

	Consistência interna*
1. Suicídio como um direito	0,86
34. As pessoas têm o direito de acabar com as suas próprias vidas.	
5. O suicídio é uma forma aceitável de acabar com uma doença incurável.	
20. Eu consideraria a possibilidade de acabar com a minha vida se tivesse uma doença grave e incurável.	
32. Eu consigo compreender que as pessoas com uma doença grave e incurável cometam suicídio.	
36. Eu gostaria de ser ajudado/a a cometer suicídio se tivesse uma doença grave e incurável.	
29. Uma pessoa com uma doença grave e incurável, que expressa desejo de morrer, devia receber ajuda para o fazer.	
2. Incompreensibilidade	0,69
2. Nada justifica o suicídio.	
3. Cometer suicídio está entre as piores coisas que se pode fazer aos familiares.	
19. Os suicídios de jovens são particularmente difíceis de compreender, porque eles têm tudo para viver.	
27. De um modo geral, eu não consigo entender como é que as pessoas podem acabar com a vida.	

* Alfa de Cronbach

O fator “Suicídio como um direito” revelou uma consistência elevada ($\alpha=0,86$) e o fator “Incompreensibilidade” revelou uma consistência satisfatória ($\alpha=0,69$). Apesar de o α de Cronbach ser uma das medidas mais utilizadas para avaliar a fiabilidade, vários autores têm sugerido medidas alternativas, nomeadamente a fiabilidade compósita. Para um fator j com k itens, a fiabilidade compósita é definida por Fornell e Larcker (1981) como:

$$\widehat{CR}_j = \frac{(\sum_{i=1}^k \lambda_{ij})^2}{(\sum_{i=1}^k \lambda_{ij})^2 + \sum_{i=1}^k \varepsilon_{ij}}$$

onde λ_{ij} são os pesos fatoriais estandardizados e $\varepsilon_{ij} = 1 - R_{ij}^2 \cong 1 - \lambda_{ij}^2$ são os erros de cada item. Assim, calculou-se o índice de fiabilidade compósita para o segundo fator (cujo valor de α foi inferior a 0.70), tendo-se obtido um valor de 0.72, que sendo superior a 0.70 é indicador de uma fiabilidade de constructo apropriada.

Seguidamente, realizámos uma análise fatorial confirmatória para testar a validade de constructo do modelo com estes dois fatores, que passaria a constituir o QAPIS. Será importante salientar que recorreremos a um método sensível mesmo com severas violações da normalidade multivariada - Asymptotic Distribution Free. Assim, o fator “Suicídio como um direito” da versão traduzida e adaptada do ATTS passou a designar-se fator 1- Atitude de Permissividade face ao Suicídio no QAPIS e o fator “Incompreensibilidade” da versão traduzida e adaptada do ATTS passou a designar-se fator 2 – Atitude de Incompreensibilidade face ao Suicídio no QAPIS. Os itens que integravam o fator “Suicídio como um direito” da versão traduzida e adaptada do ATTS (item 34, item 5, item 20, item 32, item 36 e item 29) passaram a integrar o fator 1 “Atitude de Permissividade face ao Suicídio” no QAPIS (item 9, item 3, item 5, item 8, item 10 e item 7). Os itens que integravam o fator “Incompreensibilidade” da versão traduzida e adaptada do ATTS (item 2, item 3, item 19 e item 27) passaram a integrar o fator 2 “Atitude de Incompreensibilidade face ao Suicídio” no QAPIS (item 1, item 2, item 4 e item 6) (Figura 1).

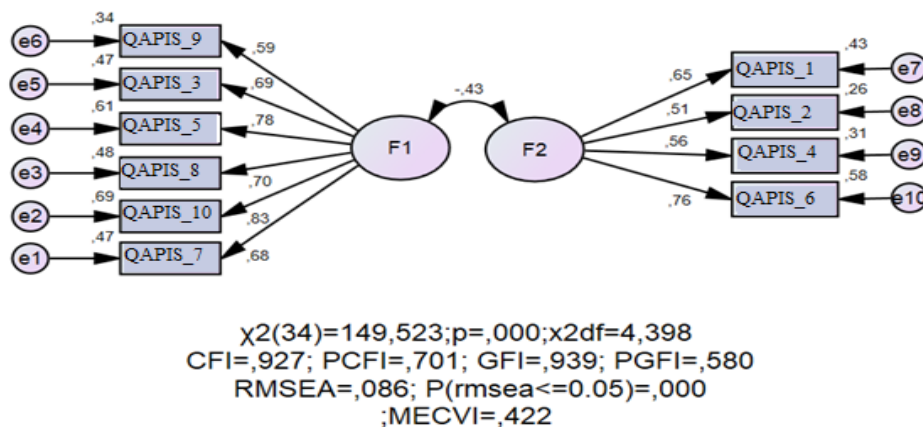


Figura 1 – Modelo de Análise Fatorial Confirmatória do QAPIS

Em relação ao ajustamento local do modelo bifatorial do QAPIS, todos os itens apresentam pesos fatoriais elevados ($\lambda \geq 0.5$), apresentando assim os dois fatores validade fatorial (Marôco, 2014, p. 183). Todos os itens apresentam também fiabilidades individuais adequadas ($R^2 \geq 0.25$). Relativamente ao ajustamento global do modelo bifatorial do QAPIS, de acordo com os valores de referência de Marôco (2014, p. 55) as diferentes estatísticas revelaram os seguintes índices de ajustamento: χ^2df - ajustamento sofrível; CFI - ajustamento bom; PCFI - ajustamento bom; GFI - ajustamento bom; PGFI - ajustamento mau e RMSEA - ajustamento aceitável. Assim, o modelo bifatorial do QAPIS revelou no geral uma qualidade de ajustamento aceitável.

Avaliámos ainda a validade discriminante dos dois fatores comparando as variâncias extraídas médias de cada fator com o quadrado da correlação entre os dois fatores. A correlação entre os fatores “Atitude de Permissividade face ao Suicídio” e “Atitude de Incompreensibilidade face ao Suicídio” é $r_{APAI} = 0.43$ (ver Figura 1). Sendo a $VEM_{AP} = 0.51$ e a $VEM_{AI} = 0.39$ maiores do que $r^2_{APAI} = 0.18$ podemos afirmar que os dois fatores têm validade discriminante.

Para avaliar a validade de critério dos dois fatores utilizámos 2 subescalas da IRV: Crenças de Sobrevivência e Mecanismos de Adaptação e Objeções Morais. A correlação do fator “Atitude de Permissividade face ao Suicídio” (fator 1) do QAPIS com a subescala Crenças de Sobrevivência e Mecanismos de Adaptação e com a subescala Objeções Morais é positiva e estatisticamente significativa. Ou seja, quanto maior é o valor da “Atitude de Permissividade face ao Suicídio” (que, tal como já foi

explicado anteriormente, indica menor permissividade) maior é o valor da subescala Crenças de Sobrevivência e Mecanismos de Adaptação e maior é o valor da subescala de Objeções Morais do IRV (que indicam maior crença na sobrevivência e nos mecanismos de adaptação e maior nível de objeções morais). Por outro lado, a correlação do fator “Atitude de Incompreensibilidade face ao Suicídio” (fator 2) do QAPIS com a subescala Crenças de Sobrevivência e Mecanismos de Adaptação do IRV e com a subescala Objeções Morais é negativa e estatisticamente significativa (Quadro 3). Portanto, quanto maior é o valor da “Atitude de Incompreensibilidade face ao Suicídio” (que, tal como já foi explicado anteriormente, indica menor incompreensibilidade) menor é o valor da subescala Crenças de Sobrevivência e Mecanismos de Adaptação e menor é o valor da subescala de Objeções Morais do IRV (que indicam menor crença na sobrevivência e nos mecanismos de adaptação e menor nível de objeções morais)

Quadro 3 - Correlação de Pearson entre os dois fatores do QEPIS e as subescalas Crenças de Sobrevivência e Mecanismos de Adaptação e Objeções Morais do IRV

	Crenças de Sobrevivência e Mecanismos de Adaptação	Objeções Morais
Fator 1	.250**	.403**
Atitude de Permissividade face ao Suicídio		
Fator 2	-.431**	-.223**
Atitude de Incompreensibilidade face ao Suicídio		

** Correlação significativa a 0.01

A estrutura final do QAPIS ficou assim constituída por 10 itens (Anexo 2) que se dividem em duas dimensões: atitude de permissividade face ao suicídio (composta por 6 itens) e atitude de incompreensibilidade face ao suicídio (composta por 4 itens). Para cada item o sujeito responde numa escala tipo Likert de 5 pontos (1 – concordo fortemente; 2 – concordo; 3 – não concordo nem discordo; 4 – discordo e 5 – discordo fortemente). A pontuação é feita através do cálculo da soma das respostas, obtendo-se um índice para cada dimensão. O valor total da dimensão “Permissividade” pode variar

entre 6 e 30, sendo que o valor mais baixo corresponde a uma atitude de maior permissividade (dado que supostamente um participante que obtém um valor de 6 responde concordo fortemente a todos os itens que descrevem atitudes permissivas) e o valor mais elevado a uma atitude de menor permissividade (um participante que obtém 30 responde discordo fortemente a todos os itens que descrevem atitudes permissivas). O valor total da dimensão “Incompreensibilidade” pode variar entre 4 e 20, sendo que o valor mais baixo corresponde a uma atitude de maior incompreensão (dado que supostamente um participante que obtém um valor de 4 responde concordo fortemente a todos os itens que descrevem atitudes de incompreensão) e o valor mais elevado a uma atitude de menor incompreensão (um participante que obtém 20 responde discordo fortemente a todos os itens que descrevem atitudes de incompreensão).

Impacto das variáveis sexo, idade, religião, tentativa de suicídio e contacto com o suicídio na família e/ou rede social nas duas dimensões do QAPIS

O quadro 4, apresentado em seguida, resume os testes t realizados para explorar o impacto das variáveis sexo, idade, religião, tentativa de suicídio e contacto com o suicídio na família e/ou rede social nas respostas dos participantes às duas dimensões QAPIS.

Quadro 4 – Comparação de subconjuntos das variáveis sociodemográficas sexo, idade, religião, tentativa de suicídio e contacto com suicídio nas dimensões do QAPIS

Dimensão QAPIS	Variáveis	Mean	t	p
		difference		
Permissividade	Sexo	.36	.55	.584
	Idade 18-30 vs. 31-50	1.01	.59	.312
	18-30 vs. 51-65	-1.49	-1.31	.190
	31-50 vs.51-65	-2.00	-1.65	.101
	Religião	3.01	6.65	.000
	Tentativa de Suicídio	-2.18	-3.14	.002
	Contacto com Suicídio	-2.24	-.48	.634

Incompreensibilidade	Sexo	.48	1.19	.234
	Idade 18-30 vs. 31-50	-.00	-.02	.988
	18-30 vs. 51-65	1.28	1.80	.074
	31-50 vs. 51-65	1.29	1.75	.082
	Religião	-1.24	-4.29	.000
	Tentativa de Suicídio	1.40	3.25	.001
	Contacto com Suicídio	.39	1.30	.194

Existe um conjunto de variáveis em que não foram encontradas diferenças significativas: sexo, idade e contacto com suicídio. Portanto, na nossa amostra não se verificaram diferenças relativamente às atitudes de permissividade e de incompreensibilidade face ao suicídio entre homens e mulheres, entre participantes de diferentes faixas etárias e entre participantes que tiveram ou não contacto com suicídio na família ou rede social (tentativa ou suicídio consumado).

Foram, no entanto, encontradas diferenças significativas em duas variáveis: religião e tentativa de suicídio prévia do próprio. Portanto, na nossa amostra verificaram-se diferenças relativamente às atitudes de permissividade e de incompreensibilidade face ao suicídio entre participantes religiosos ou não religiosos e entre participantes que já tentaram ou não cometer suicídio.

Discussão

Os resultados obtidos neste estudo permitiram a construção e validação de um novo instrumento (QAPIS) para avaliar dois tipos opostos de atitude face ao suicídio: permissividade e incompreensibilidade. Como estratégia de garantia da qualidade e adequabilidade dos itens a incluir no questionário que pretendíamos construir, entendemos partir de um instrumento construído e validado para a população sueca - ATTS, que tem sido recorrentemente utilizado em estudos transculturais (Renberg, Hjelmeland & Koposov, 2008) sendo apontado como um dos mais relevantes para a avaliação de um conjunto diversificado de atitudes face ao suicídio (Kodaka, Postuvan,

Inagaki & Yamada, 2010). O facto de os fatores “Suicídio como um direito” e “incompreensibilidade” da versão traduzida e adaptada para a população portuguesa do ATTS terem revelado uma boa consistência interna acabou por validar esta nossa opção. A realização de uma análise fatorial confirmatória para o modelo com estes dois fatores, que passaria a constituir o QAPIS, revelou o ajustamento do mesmo comprovando a validade de constructo do modelo. Por último, os dois fatores foram correlacionados com duas subescalas de um questionário já traduzido e adaptado para a população portuguesa (IRV), tendo revelado correlações significativas no sentido esperado. Ou seja, os participantes mais permissivos face ao suicídio revelaram menor nível de crença na sua capacidade de sobrevivência e de objeção moral face ao ato. Contrariamente, os participantes que evidenciaram maior incompreensibilidade face ao suicídio, congruentemente revelaram maior nível de crença na sua capacidade de adaptação face à adversidade e maior nível de objeção moral face ao ato suicida.

Relativamente à exploração do impacto das variáveis sexo, idade, religião, tentativa de suicídio e contacto com o suicídio na família e/ou rede social nas duas dimensões do QAPIS, verificou-se que na nossa amostra não existiam diferenças significativas entre participantes do sexo masculino e feminino, entre participantes de diferentes faixas etárias e entre participantes que tiveram ou não contacto com o suicídio na sua família ou rede social. Estes resultados não vão de encontro ao que tem sido apresentado na literatura, que aponta para a existência de especificidades e diferenças nestas variáveis (Arnautovska & Grad, 2010). Entendemos, no entanto, que estes resultados poderão ser justificados por uma questão de não representatividade das dimensões de cada uma destas variáveis na nossa amostra, sendo esta uma das limitações deste estudo. Quanto ao sexo, verifica-se uma elevada discrepância entre o número de participantes do sexo masculino (15% da amostra) e feminino (85% da amostra). No que se refere à idade, também aqui se constata uma representação desequilibrada dos 3 níveis de faixas etárias, estando a maioria dos participantes incluída na faixa etária dos 18-30 anos (64%) e estando a faixa etária dos 51-65 anos muito sub-representada (4%). O mesmo acontece com os participantes que tiveram (68%) ou não contacto com o suicídio (32%).

No entanto, foram encontradas diferenças significativas entre os participantes que afirmaram ser religiosos e os que afirmaram não ser religiosos e entre os participantes que referiram ter feito anteriormente na sua vida uma ou mais tentativas de

suicídio e os que nunca o tentaram. Os participantes religiosos revelaram valores mais elevados na dimensão “Atitude de Permissividade face ao Suicídio”, o que significa que são menos permissivos e valores mais baixos na dimensão “Atitude de Incompreensibilidade face ao Suicídio”, significando que revelam maior incompreensibilidade face ao ato. Este resultado vem na linha do que tem sido descrito na literatura, tanto a nível de contributos teóricos como em relação a resultados de outros estudos que têm consistentemente mostrado uma associação negativa entre envolvimento religioso e comportamento suicida. Durkheim (1986) na sua teoria sobre o suicídio defende que a religião promove valores compartilhados, interação e limites sociais fortes, que evitam que o indivíduo se sinta isolado, constituindo-se por estas razões um fator protetor contra o suicídio. Comstock e Partridge (1972) observaram mais de 50.000 adultos por 6 anos. Os que não frequentavam a igreja ou o faziam irregularmente tinham uma chance duas vezes maior de cometer suicídio, quando comparados aos que iam à igreja frequentemente. A menor frequência a serviços religiosos foi capaz de prever o suicídio, sendo considerado melhor que outros fatores, como por exemplo, desemprego (Gartner, Larson & Allen, 1991). Koenig, McCullough e Larson (2001) analisaram vários estudos relacionando a religião à prática do suicídio e observaram que existe uma associação entre maior religiosidade e menor frequência de comportamento suicida. Muitos estudos indicam que o nível de envolvimento religioso numa dada área é inversamente proporcional ao número de mortes por suicídio. Acreditar na vida após a morte, auto-estima e objetivos de vida são alguns mecanismos propostos para explicar o efeito protetor do envolvimento da religião contra o suicídio. (Koenig, McCullough e Larson, 2001)

Relativamente à diferenciação entre participantes com ou sem tentativas prévias de suicídio, os participantes com tentativas prévias de suicídio obtiveram valores mais baixos na dimensão “Atitude de Permissividade face ao Suicídio”, o que significa que são mais permissivos e valores mais elevados na dimensão “Atitude de Incompreensibilidade face ao Suicídio”, significando que revelam menor incompreensibilidade face ao ato. Na literatura é referido que as pessoas com tentativas anteriores de suicídio possuem um risco mais elevado de novas tentativas, comparativamente aquelas sem história de tentativas de suicídio (Kutcher & Chehil, 2007; Werlang & Botega, 2004) e que aproximadamente 50% das pessoas que morrem por suicídio possuem pelo menos uma tentativa prévia (Skogman, Alsén, & Öjehagen,

2004). Deste modo, parece ser possível inferir que após uma tentativa de suicídio esse comportamento se torna menos incompreensível e que as pessoas se tornam mais permissivas face ao mesmo.

Apesar de ter sido possível atingir os objetivos inicialmente propostos, será de salientar que este estudo apresenta limitações, no que concerne, nomeadamente à representatividade da amostra. A grande discrepância entre participantes do sexo feminino e participantes do sexo masculino, bem como entre os participantes dos três grupos em termos de faixa etária, pode ser apontada como um elemento que constrange os resultados obtidos.

Saraiva (1999) refere que, depois do sexo, talvez o último tabu do final do século XX seja a morte. Segundo este autor, o questionar sobre a morte é um imperativo do homem desperto, pelo que se compreende que este questionar tenha levado ao aparecimento e imposição definitiva de enquadramentos teóricos e explorações empíricas diferenciados. Neste estudo foi construído e validado para a população portuguesa um importante instrumento e em estudos futuros, será possível, por exemplo, combinar esta medida quantitativa de cariz atitudinal com dados mais qualitativos como as representações sociais sobre o suicídio, contribuindo para uma melhor capacidade de identificação e análise das complexidades do fenómeno multidimensional que constitui o suicídio.

Referências bibliográficas

- Arnautovska, U., & Grad, O. (2010). Attitudes Toward Suicide in the Adolescent Population. *Crisis*, 31(1), 22–29. doi: 10.1027/0227-5910/a000009.
- Banza, A. (2012). Cultural Influence in Suicidal Behavior: A Reflective Approach
Perspectiva Cultural na Conduta Suicida: Abordagem Reflexiva Cultural Sobre a
conduta suicida: Enfoque Reflexivo. *Journal of nursing, UFPE On line*, 6(6),
1459-67. DOI: 10.5205/reuol.2365-18138-1-LE.0606201225
- Beevers, G., & Miller, W. (2004). Perfectionism, Cognitive Bias and Hopelessness as
Prospective Predictors of suicidal ideation. *Suicide & Life – Threatening
Behavior*, 34 (2), 126 -137.
- Bertolote, J. M., Mello-Santos, C., & Botega N. J. (2010). Detecção do risco de suicídio
nos serviços de emergência psiquiátrica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*,
32(2), 587-595. Doi:org/10.1590/S1516-44462010000600005
- Botega N. J., Barros, M. B. A., Oliveira, H. B., Dalgallarrondo, P., & Marín-Leon, L.
(2005). Suicidal Behavior in the community: prevalence and factors associated
to suicidal ideation. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(1), 45-53. Doi:
org/10.1590/S1516-44462005000100011
- Campos, M. A., & Leite, S. (2002). O suicídio em Portugal nos anos 90. *Revista de
Estudos Demográficos*, 81-106.
- Cassorla, R. M. S. (1987). Comportamentos suicidas na infância e adolescência. *Jornal
Brasileiro de Psiquiatria*, 36 (3), 137-144. Doi.org/10.9788/TP2014.1-11
- Collett, B. R., Ohan, J. L., & Myers, K. M. (2003). Ten-Year Review of Rating Scales.
VI: Scales Assessing Externalizing Behaviors. *Journal of the American
Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(10), 1143-1170. DOI:
<http://dx.doi.org/10.1097/00004583-200310000-00006>
- Comstock, G.W. & Partridge, K.B. (1972). Church attendance and health. *Journal of
Chronic Disease*, 25, 665-672.
- Desviat, M. (1999). *A reforma psiquiátrica*. (1ª edição). Brasil Fiocruz, p.73.

- Gartner, J., Larson, D. B., & Allen, G. (1991). Religious commitment and mental health: a review of the empirical literature. *Journal of Psychology and Theology* 19, 6-25.
- Durkheim, E. (1986). *Le suicide*. Paris: PUF.
- Durkheim, E. (1897). *Le suicide*. Etude sociologie. Félix Alcan, Paris.
- Durkheim, E. (1999). *Da divisão do trabalho social*. (Tradução Eduardo Brandão). 2ª Edição. São Paulo.
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating SEM with unobserved variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, 18, 39-50.
- Freitas, G. V. S. (2002). Prevalência de depressão, de ansiedade e de ideação suicida em adolescentes grávidas. *Revista da Associação Brasileira de Medicina*. 48(3), 245-249. doi.org/10.1590/S0104-42302002000300039
- Freitas, E. (1982). O suicídio em Portugal no século XX: elementos empíricos para uma pesquisa. *Finisterra*, XVII (34), 267-300.
- Girard C. (1993). Age, gender, and suicide. *American Sociological Review*, 58, 553-574.
- Kaplan, H., Adanek, M., & Martin, J. (2001). Confidence of primary care physicians in assessing the suicidality of geriatric patients. *International Journal Geriatrics Psychiatry*, 16(7), 728-734.
- Kim, K., & Parkhas, J. (2014). Attitudes toward suicide among college students in South Korea and the United States. *International Journal of Mental Health Systems*, 8(17), 1-5. doi: 10.1186/1752-4458-8-17
- Kodaka, M., Postuvan, V., Inagaki, M & Yamada, M. (2010). A Systematic Review of Scales That Measure Attitudes Toward Suicide. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(4), 338–361. DOI: 10.1177/0020764009357399
- Koenig H. G., Larson D. B., & Larson S. S. (2001). Religion and Coping with Serious Medical Illness. *The Annals of Pharmacotherapy* 35(3), 352-359.
- Kutcher, S., & Chehil, S. (2007). Manejo do risco de suicídio: um manual para profissionais de saúde. *Massachusetts, USA: Lundbeck Institut*.

- Lester, D. (2008) Suicide and Culture. *World Culture Psychiatry Research Review. Official Journal of World Association of Cultural Psychiatry*, 3(2), 51-68.
- Lopes, P., Barreira, D., & Pires, A. (2001). Tentativa de suicídio na adolescência: avaliação do efeito de género na depressão e personalidade. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 2(1), 47 – 57.
- Marôco, J. (2014). Análise de equações estruturais. Fundamentos teóricos, software e aplicações. Lisboa: ReportNumber.
- Matias, J. M. S., & Santos, J. C. (2014). Inventário de Razões para Viver: contributos para a validação para a população não clínica portuguesa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. Porto. ISSN 1647-2160. 11(1), 13-18.
- Mello-Santos C., Wang Y.P., & Bertolote J. M. (2005). Epidemiology of suicide in Brazil (1980-2000): characterization of age and gender rates of suicide. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 27(2), 131-134.
- Minois, G. (1999). *History of suicide, voluntary death, in western culture*. Baltimore: Md; Johns Hopkins University Press.
- Mitchell, M., Garand, L., Dean, D., Panzank, L., & Taylor, V. (2005). Suicide assessment in Hospital Emergency Departments – Implications for patient satisfaction and compliance. *Topics in Emergency Medicine*, 27(4), 302 – 312.
- Organização Mundial de Saude. (2000). Prevenção do suicidio: Um manual para profissionais da Saúde em Atenção primária. Genebra.
- Renberg, E., & Jacobsson, L. (2003). Development of a Questionnaire on Attitudes Towards Suicide (ATTS) and Its Application in a Swedish Population. *The American Association of Suicidology*, 33(1), 52-64.
- Renberg, E., Hjelmeland, H & Koposov, R., (2008). Building models for the relationship between attitudes toward suicide and suicidal behavior: based on data from general population surveys in Sweden, Norway, and Russia. *Suicide Life Threat Behav.*, 38(6), 661-75. doi: 10.1521/suli.2008.38.6.661.
- Rapeli, C. B., & Botega, N. J. (2003). Tentativas de suicídio graves: um estudo de análise de agrupamento. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 52(1), 5-11.

- Rodrigues, M. (2009). Suicídio e sociedade - um estudo comparativo de Durkheim e Marx. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 12(4), 698-713
- Saraiva, C.B. (1999). *Parasuicídio: contributo para uma compreensão clínica dos comportamentos suicidários recorrentes*. Coimbra: Quarteto.
- Saz P., & Dewey, M. E. (2001). Depression, depressive symptoms and mortality in persons aged 65 and over living in the community: a systematic review of the literature. *International Journal Geriatrics Psychiatry*. 16(6), 622-30. DOI:10.1002/gps.396
- Schmitt R., Lang M.G., Quevedo J., & Colombo T. (2008). Perfil epidemiológico do suicídio no extremo oeste do Estado de Santa Catarina, Brasil. *Revista Psiquiátrica Rio Grande do Sul*. 30(2), 115-23.
- Sampaio, D. (1991). *Ninguém morre sozinho. O adolescente e o suicídio*. (14ª Edição). Lisboa: Caminho
- Skogman, K., Alsén, M., & Öjehagen, A. (2004). Sex differences in risk factors for suicide after attempted suicide - a follow-up study of 1052 suicide attempters. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 39(2), 113 – 120.
- Tondo, L. (2000). *Prima del tempo. Capire e prevenire il suicidio*. Rome, Italy: Carocci.
- Werlang, G., & Botega, J. (2007). Entrevista Semi-estruturada para Autópsia Psicológica (ESAP) em casos de suicídio. In: Humberto Corrêa & Sérgio Perez Barreto. (Org.). *Suicídio: uma morte evitável*. Atheneu, São Paulo, 187-196.
- World Health Organization (2001). Prevención del suicidio: Um instrumento para docentes y demás personal institucional [On-line]. Disponível: http://www.who.int.mental_health/suicide. Acesso em 15/ 03/2003
- Volpe F. M., Corrêa H., & Barrero S. P. (2006). Epidemiologia do suicídio. In: Humberto Corrêa & Sérgio Perez Barreto. (Org.). *Suicídio: uma morte evitável*. Atheneu, São Paulo, 11-27.

Anexos

Anexo 1 – Autorizações dos autores das escalas utilizadas.

Bom dia Soraia,

Autorizo a utilização do Inventário de Razões para Viver. Solicitando que depois me disponibilize a identificação do seu estudo para consulta.

.....

Dear Catarina,

Thank you for request and your interest in the ATTS instrument. Please find attached a copy of the instrument, free to use.

Good luck with your study!

Ellinor

Anexo 2- Instrumento de Recolha de dados

Consentimento Informado

Tradução e adaptação para a população portuguesa do “Attitudes Towards Suicide (ATTS) Questionnaire” (Questionário de Atitudes face ao Suicídio)

Objetivo: Estudo com o objetivo de traduzir e adaptar para a população portuguesa um questionário sobre atitudes face ao suicídio, realizado no âmbito do Mestrado em Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica na Universidade de Aveiro.

Procedimento: Serão solicitados dados demográficos e o preenchimento de dois questionários. Todos os elementos são de resposta obrigatória.

Duração: A resposta aos questionários demorará cerca de 15 minutos.

Confidencialidade: A informação recolhida nestes questionários é anónima e confidencial. Os dados obtidos serão tratados anonimamente e apenas no âmbito de trabalhos académicos e apresentações científicas.

Participação: A sua participação é voluntária podendo a qualquer momento desistir, sem qualquer prejuízo para si. Nesse caso, todos os seus dados serão eliminados do estudo.

Esclarecimentos: Caso deseje obter qualquer tipo de informação adicional sobre este trabalho poderá entrar em contacto através do seguinte email soraiacoelho@ua.pt.

Declaro que tenho 18 anos ou mais, que li integralmente o presente termo de aceitação, que compreendi as condições de participação neste estudo, que participo de livre e espontânea vontade, e que concordo que os dados sejam apresentados de forma completamente anónima em trabalhos académicos, apresentações públicas, congressos científicos e publicações.

Assinatura do participante

Data: __/__/__

Assinatura do investigador

Data: __/__/__

O presente estudo tem o objetivo de traduzir e adaptar para a população portuguesa um questionário sobre atitudes face ao suicídio - Attitudes Towards Suicide (ATTS) Questionnaire (Renberg & Jacobsson, 2003) e é realizado no âmbito de um projeto de Mestrado em desenvolvimento na Universidade de Aveiro, na área científica de Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica.

Enquanto participante neste estudo, solicita-se que **responda ao conjunto de questões** que lhe são apresentadas em seguida.

As respostas ao questionário são **estritamente confidenciais**, pelo que não deve escrever o seu nome em nenhum local do mesmo.

Grata pela sua colaboração.

A responsável pela investigação

Contacto com o suicídio

(Renberg & Jacobsson, 2003)

Inicialmente, gostaríamos de lhe colocar algumas questões sobre a experiência em relação ao suicídio no seu meio envolvente. Por favor, marque com uma cruz a alternativa adequada (NA = não aplicável).

1. Alguma das pessoas que se segue...

...Fez uma tentativa de suicídio					...Expressou pensamentos, planos ou ameaças suicidas			
	Nunca	Alguma vez	Frequentemente	NA	Nunca	Às vezes	Frequentemente	NA
Na sua família								
Pai/Mãe								
Irmão/Irmã								
Filho/a								
Cônjuge (companheiro/a; marido/esposa; namorado/a)								
Outros								
Outros familiares								
Amigos								
Colegas de trabalho ou escola								
Outros _____								

2. Existe, no momento presente, alguém que lhe seja próximo que saiba que tem pensamentos suicidas?

	Não	Sim	NA
Na sua família			
Pai/Mãe			
Irmão/Irmã			
Filho/a			
Cônjuge (companheiro/a; marido/esposa; namorado/a)			
Outros			
Outros familiares			
Amigos			
Colegas de trabalho ou escola			
Outros _____ _____			

3. Alguma das pessoas que se segue já cometeu suicídio?

	Não	Sim	NA
Na sua família			
Pai/Mãe			
Irmão/Irmã			
Filho/a			
Cônjuge (companheiro/a; marido/esposa; namorado/a)			
Outros			
Outros familiares			
Amigos			
Colegas de trabalho ou escola			
Outros _____ _____			

Atitudes face ao Suicídio

(Renberg & Jacobsson, 2003)

As questões que se seguem estão relacionadas com a sua opinião sobre o suicídio. Por favor, marque com uma cruz a alternativa que está mais de acordo com a sua opinião.

Não há respostas certas ou erradas!

	Concordo Fortemente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo Fortemente
1. É sempre possível ajudar uma pessoa que tem pensamentos suicidas.					
2. Nada justifica o suicídio.					
3. Cometer suicídio está entre as piores coisas que se pode fazer aos familiares.					
4. A maioria das tentativas de suicídio são atos impulsivos.					
5. O suicídio é uma forma aceitável de acabar com uma doença incurável.					
6. A partir do momento que uma pessoa decide cometer suicídio, ninguém a consegue fazer mudar de ideias.					
7. Muitas tentativas de suicídio são realizadas por vingança ou para castigar alguém.					
8. As pessoas que cometem suicídio estão geralmente mentalmente doentes.					
9. É um dever humano tentar impedir alguém de cometer suicídio.					
10. Quando uma pessoa comete suicídio, é algo em que pensou durante bastante tempo.					
11. Perguntar sobre o suicídio pode levar uma pessoa a ter pensamentos suicidas.					

	Concordo Fortemente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo Fortemente
12. As pessoas que fazem ameaças de suicídio raramente o cometem.					
13. O suicídio é um assunto de que não se deve falar.					
14. Para mim, a solidão podia ser um motivo para acabar com a minha vida.					
15. Quase toda a gente já pensou, num ou noutro momento, sobre suicídio.					
16. Pode haver situações em que a única solução razoável é o suicídio.					
17. Eu podia dizer que iria acabar com a minha vida sem realmente o pretender fazer.					
18. O suicídio pode, por vezes, ser um alívio para quem está envolvido.					
19. Os suicídios de jovens são particularmente difíceis de compreender, porque eles têm tudo para viver.					
20. Eu consideraria a possibilidade de acabar com a minha vida se tivesse uma doença grave e incurável.					
21. Quando uma pessoa começa a ter pensamentos suicidas nunca mais deixa de os ter.					
22. O suicídio acontece sem aviso prévio.					
23. A maioria das pessoas evita falar sobre o suicídio.					
24. Se alguém decide cometer suicídio, é um assunto seu e não devemos interferir.					
25. A solidão é a principal razão que leva as pessoas ao suicídio.					
26. Uma tentativa de suicídio é essencialmente um pedido de ajuda.					

	Concordo Fortemente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo Fortemente
27. De um modo geral, eu não consigo entender como é que as pessoas podem acabar com a vida.					
28. Geralmente, os familiares não têm ideia do que está a acontecer quando uma pessoa está a pensar cometer suicídio.					
29. Uma pessoa com uma doença grave e incurável, que expressa desejo de morrer, devia receber ajuda para o fazer.					
30. Estou preparado/a para ajudar uma pessoa numa crise suicida, dirigindo-me a ela.					
31. Qualquer pessoa pode cometer suicídio.					
32. Eu consigo compreender que as pessoas com uma doença grave e incurável cometam suicídio.					
33. As pessoas que falam sobre o suicídio não o cometem.					
34. As pessoas têm o direito de acabar com as suas próprias vidas.					
35. A maioria das tentativas de suicídio são causadas por conflitos com uma pessoa próxima.					
36. Eu gostaria de ser ajudado/a a cometer suicídio se tivesse uma doença grave e incurável.					
37. O suicídio pode ser prevenido.					

Versão portuguesa - **Inventário de Razões para Viver**
(Matias & Santos, 2014)

Muitas pessoas já pensaram em suicídio pelo menos uma vez. Outras nunca consideraram sequer esta hipótese. Independentemente de ter, ou não, considerado esta hipótese, estamos interessados nas razões que teria para não cometer o suicídio, se porventura o pensamento ocorresse ou se alguém lho sugerisse. Abaixo estão alguns motivos, enumerados por algumas pessoas, como razões para não cometer suicídio. Gostaríamos de saber quão importante cada uma destas possíveis razões seria, para si, neste momento da sua vida, uma razão para não se matar. Por favor, classifique-as no espaço à direita de cada questão no espaço correspondente à sua opinião. Cada uma das razões pode ser avaliada desde “Irrelevante” até “Extremamente Importante” para não cometer o suicídio. Caso a razão não se aplique a si, ou se não acredita que a afirmação é verdadeira, então assinale no espaço correspondente ao “Irrelevante”. Utilize toda a escala para classificar as frases relativamente às suas opiniões. Mesmo que nunca tenha pensado no suicídio ou acredita firmemente que nunca iria considerar seriamente matar-se, ainda assim é importante que avalie cada motivo. Neste caso, avalie cada motivo com base no porquê do suicídio não ser ou nunca vir a ser uma alternativa para si.

Crenças de Sobrevivência e Mecanismos de Adaptação	Irrelevante	Sem importância	Muito pouco importante	Pouco importante	Muito importante	Extremamente importante
1. Preocupo-me comigo o suficiente para viver.						
2. Acredito que consigo encontrar outras soluções para os meus problemas.						
3. Ainda tenho muitas coisas para fazer.						
4. Tenho esperança que as coisas vão melhorar e o futuro será mais feliz.						
5. Tenho coragem para enfrentar a vida.						
6. Quero experimentar tudo aquilo que a vida tem para oferecer e há muitas experiências que ainda não tive mas quero ter.						
7. Acredito que tudo se pode resolver da melhor maneira possível.						

	Irrelevante	Sem importância	Muito pouco importante	Pouco importante	Muito importante	Extremamente importante
8. Acredito que consigo encontrar um sentido para a vida, uma razão para viver.						
9. Tenho amor à vida.						
10. Ainda que me possa sentir muito mal, sei que isso não vai durar.						
11. A vida é demasiado bonita e preciosa para acabar com ela.						
12. Estou feliz e satisfeito(a) com a minha vida.						
13. Tenho curiosidade em saber o que vai acontecer no futuro.						
14. Não vejo nenhuma razão para apressar a morte.						
15. Acredito que consigo aprender a adaptar-me, ou a lidar, com os meus problemas.						
16. Acredito que matando-me não alcançaria nem resolveria nada.						
17. Tenho vontade de viver.						
18. Estou demasiado tranquilo(a) para me matar.						
19. Tenho planos futuros que desejo concretizar.						
20. Não acredito que as coisas se tornem tão miseráveis ou desesperadas a ponto de preferir estar morto(a).						
21. Tenho uma força interior para sobreviver.						
22. Não quero morrer.						
23. A vida é tudo o que temos e é melhor do que nada.						
24. Acredito que controlo a minha vida e o meu destino.						
25. Amo e divirto-me demasiado com a minha família e não os conseguiria deixar.						

Preocupações relacionadas com os Filhos (caso não se aplique a si passe para o grupo seguinte)	Irrelevante	Sem importância	Muito pouco importante	Pouco importante	Muito importante	Extremamente importante
26. O impacto para os meus filhos poderia ser prejudicial.						
27. Não seria justo deixar os meus filhos ao cuidado de outras pessoas.						
28. Quero ver os meus filhos crescer.						

Medo do Suicídio e da Desaprovação Social	Irrelevante	Sem importância	Muito pouco importante	Pouco importante	Muito importante	Extremamente importante
29. Tenho medo do ato de me matar.						
30. Sou um(a) covarde e não tenho coragem para o fazer.						
31. Sou tão desajeitado(a) que o meu método não iria resultar.						
32. Tenho medo que o meu método de suicídio possa falhar.						
33. Tenho medo do desconhecido.						
34. Tenho medo da morte.						
35. Não conseguiria decidir onde, quando e como o fazer.						
36. As outras pessoas iriam pensar que sou fraco(a) e egoísta.						
37. Não queria que as pessoas pensassem que não controlo a minha vida.						
38. Preocupo-me com o que os outros iriam pensar de mim.						

Responsabilidade para com a Família	Irrelevante	Sem importância	Muito pouco importante	Pouco importante	Muito importante	Extremamente importante
39. Isso iria magoar demasiado a minha família e eu não queria que eles sofressem.						
40. Não queria que a minha família se sentisse culpada depois.						
41. Não queria que a minha família pensasse que fui egoísta ou covarde.						
42. A minha família depende e precisa de mim.						
43. A minha família pode pensar que eu não os amava.						
44. Tenho uma responsabilidade e um compromisso para com a minha família.						

Objeções Morais	Irrelevante	Sem importância	Muito pouco importante	Pouco importante	Muito importante	Extremamente importante
45. As minhas crenças religiosas proibem-no.						
46. Acredito que apenas Deus tem o direito de pôr fim à vida.						
47. Considero-o moralmente errado.						
48. Tenho medo de ir para o inferno.						

Finalmente, algumas questões sobre si próprio

I

Sexo Masculino ☐ Feminino ☐

Idade _____

Área de residência _____

Composição do agregado familiar

- ☐ *Vivo sozinho/a*
☐ *Vivo com companheiro/a*
☐ *Vivo com companheiro/a e filhos*
☐ *Vivo sozinho/a com filhos*
☐ *Outro* _____

Educação

☐ Até 9º ano de escolaridade ☐ 12º ano de escolaridade ☐ Ensino superior

Situação Profissional

Atualmente, encontra-se empregado/a? ☐ Sim ☐ Não

Se respondeu afirmativamente, qual a sua profissão? Se respondeu negativamente, qual a última profissão que desempenhou?

II

Religião

É religioso/a? ☐ Sim ☐ Não

Se respondeu afirmativamente, qual a sua religião? _____

☐ Praticante ☐ Não praticante

NOTA: Por favor, responda às duas sub-questões!

Alguma vez pensou na sua própria morte?

No último ano

☐ Muitas vezes

☐ Algumas vezes

☐ Quase nunca

☐ Nunca

Anteriormente na sua vida

☐ Muitas vezes

☐ Algumas vezes

☐ Quase nunca

☐ Nunca

Alguma vez desejou estar morto/a, por exemplo que pudesse ir dormir e não acordar?

No último ano

☐ Muitas vezes

☐ Algumas vezes

☐ Quase nunca

☐ Nunca

Anteriormente na sua vida

☐ Muitas vezes

☐ Algumas vezes

☐ Quase nunca

☐ Nunca

Alguma vez pensou em tirar a própria vida, mesmo que não fosse realmente fazê-lo?

No último ano

☐ Muitas vezes

☐ Algumas vezes

☐ Quase nunca

☐ Nunca

Anteriormente na sua vida

☐ Muitas vezes

☐ Algumas vezes

☐ Quase nunca

☐ Nunca

Alguma vez atingiu o ponto em que considerou seriamente acabar com própria vida, ou talvez tenha feito planos de como fazê-lo?

No último ano

☐ Muitas vezes

☐ Algumas vezes

☐ Quase nunca

☐ Nunca

Anteriormente na sua vida

☐ Muitas vezes

☐ Algumas vezes

☐ Quase nunca

☐ Nunca

Alguma vez fez uma tentativa para acabar com a própria vida?

No último ano

☐ Não

☐ Sim

Quantas?.....

Anteriormente na sua vida

☐ Não

☐ Sim

Quantas?.....

Se sim: Recebeu alguma intervenção/tratamento nessa ocasião específica?

Sim. De que tipo? _____

Não. Porque não? _____

Anexo 3 - Questionário de atitudes de Permissividades e Incompreensibilidade face ao Suicídio

Questionário de atitudes de Permissividade e Incompreensibilidade face ao Suicídio (QAPIS)

(Rosa, Coelho, Bem-Haja & Silva, 2016)

As questões que se seguem estão relacionadas com a sua atitude perante o suicídio. Por favor, marque com uma cruz a alternativa que está mais de acordo com a sua opinião.

Não há respostas certas ou erradas!

	Concordo Fortemente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo Fortemente
1. Nada justifica o suicídio.					
2. Cometer suicídio está entre as piores coisas que se pode fazer aos familiares.					
3. O suicídio é uma forma aceitável de acabar com uma doença incurável.					
4. Os suicídios de jovens são particularmente difíceis de compreender, porque eles têm tudo para viver.					
5. Eu consideraria a possibilidade de acabar com a minha vida se tivesse uma doença grave e incurável.					
6. De um modo geral, eu não consigo entender como é que as pessoas podem acabar com a vida.					
7. Uma pessoa com uma doença grave e incurável, que expressa desejo de morrer, devia receber ajuda para o fazer.					
8. Eu consigo compreender que as pessoas com uma doença grave e incurável cometam suicídio.					
9. As pessoas têm o direito de acabar com as suas próprias vidas.					
10. Eu gostaria de ser ajudado/a a cometer suicídio se tivesse uma doença grave e incurável					

